



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**USO Y EFECTOS ADVERSOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN MUJERES
EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD BARRIAL BLANCO. CUENCA 2016**

**Proyecto de investigación
previa a la obtención del título
de Médico.**

AUTORES:

JONNATHAN JAVIER QUILLI GUAMÁN
EDGAR ALFONSO YUPANGUI ORELLANA

DIRECTOR:

Dr. JORGE VICTORIANO MEJÍA CHICAIZA

ASESORA:

Dra. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO

CUENCA – ECUADOR

2017



RESUMEN:

Antecedentes: durante años y actualmente tenemos una alta tasa de embarazos no deseados, además de morbilidad y mortalidad importante por el mismo. Los métodos anticonceptivos resultan fundamentales en la planificación familiar, entre ellos tenemos el implante subdérmico, con una alta eficacia (99%), pero presenta efectos adversos como: sangrado vaginal irregular, aumento de peso, acné, mastalgias, cefalea y otros.

Objetivo general: identificar las características del uso y efectos adversos del implante subdérmico en mujeres en edad reproductiva en el Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca 2016.

Metodología: el estudio fue de tipo transversal, descriptivo, la muestra fue de 121 usuarias del implante subdérmico como método anticonceptivo en los años 2014-2016 pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca, Azuay. Esta investigación se realizó a través de encuestas. Para procesar la información se utilizó los programas SPSS 15, Excel, Word y para la presentación de los resultados empleamos tablas, y el análisis se basó en medidas estadísticas de frecuencia y porcentajes.

Resultados: de 121 usuarias del implante subdérmico el 95% presentó algún tipo de efecto adverso, la alteración del sangrado menstrual estuvo presente en el 60,3%, aumento de peso en el 34,7% y cefalea –migraña en el 31,4%.

Conclusiones: los efectos adversos del implante subdérmico independientemente de su gravedad está presente en la mayoría de las usuarias, los cuales se manifiestan en gran parte en el primer trimestre tras su colocación.

Palabras Clave: USO, IMPLANTE, EFECTO COLATERAL, EDAD FERTIL.



ABSTRACT

Background: for years and now we have a high rate of unwanted pregnancies, pregnancies in adolescents, besides morbidity and mortality due to pregnancy itself(1) Contraceptive methods are fundamental in family planning, among them we have the subdermal implant, having a (68.0%), weight gain (20.7%), acne (15.3%), mastalgia (9.1%), Headache (8.5%) and others. (2)

Objective: to identify the characteristics of the use and adverse effects of the subdermal implant in women of reproductive age in the health center Barrial Blanco, Cuenca 2016.

Methodology: the study was a cross-sectional, descriptive study. The sample consisted of 121 users of the subdermal implant as a contraceptive method in the last three years (2014-2016) belonging to the Barrial Blanco, Cuenca, Azuay health center. This research was conducted through surveys. To process the information we used the programs SPSS 21, Excel, Word and for the presentation of the results we used tables, and the analysis was based on statistical measures of frequency and percentages.

RESULTS: of the 121 users of the subdermal implant, 95% presented some type of adverse effects, the alteration of menstrual bleeding was present in 60.3%, weight gain in 34, 7% and headache-migraine in 31 ,4%.

Conclusions: the adverse effects of the subdermal implant, regardless of its severity, are present in most users. These effects are mainly expressed in the first trimester after implant placement.

Key words: USE, IMPLANT, SIDE EFFECT, WOMAN, FERTILE AGE.



ÍNDICE

RESUMEN:	2
ABSTRACT	3
DEDICATORIA	10
DEDICATORIA	11
AGRADECIMIENTO	13
CAPITULO I	14
1.1 INTRODUCCIÓN	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.3 JUSTIFICACIÓN	19
CAPITULO II	20
2. FUNDAMENTO TEORICO	20
2.1 Derechos sexuales y reproductivos	20
2.2 Planificación familiar	21
2.3 Anticoncepción o contracepción:	21
2.4 IMPLANTES SUBDERMICOS	25
CAPITULO III	34
3. OBJETIVOS:	34
3.1 Objetivo General:	34
3.2 Objetivos Específicos:	34
CAPITULO IV	35
4. METODOLOGIA:	35
4.1 Tipo de estudio:	35
4.2 Área de estudio:	35
4.3 Universo:	35
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	35
4.5 Variables:	36
4.6 Métodos técnicas e instrumentos para la recolección de datos:	36
4.8 Plan de tabulación y análisis:	37
4.9 Aspectos éticos.	37



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO V	38
5. RESULTADOS	38
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	38
5.2 ANALISIS DE RESULTADO	38
CAPITULO VI	51
6. DISCUSIÓN	51
CAPITULO VII	55
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	55
7.1 CONCLUSIONES.	55
7.2 RECOMENDACIONES.	57
CAPITULO VIII	58
8. BIBLIOGRAFIA	58
CAPITULO IX	65
9. ANEXOS.	65
9.1 ANEXO 1.	65
9.2 ANEXO 2.	67
9.3 ANEXO 3.	69



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DERECHOS DE AUTOR

Yo, Edgar Alfonso Yupangui Orellana, autor del Proyecto de Investigación **“USO Y EFECTOS ADVERSOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD BARRIAL BLANCO. CUENCA 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del Título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 24 de Febrero del 2017

Edgar Alfonso Yupangui Orellana

0106659048



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DERECHOS DE AUTOR

Yo, Jonnathan Javier Quilli Guamán, autor del Proyecto de Investigación **“USO Y EFECTOS ADVERSOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD BARRIAL BLANCO. CUENCA 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c, de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del Título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 24 de Febrero del 2017

Jonnathan Javier Quilli Guamán

0106556004



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CLÁUSULA DE RESPONSABILIDAD

Yo, Edgar Alfonso Yupangui Orellana, autor del Proyecto Investigación **“USO Y EFECTOS ADVERSOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD BARRIAL BLANCO. CUENCA 2016”**, certifico que todos los contenidos, ideas y opiniones expuestos en el presente estudio son de exclusiva responsabilidad del autor.

Cuenca, 24 de Febrero del 2017

Edgar Alfonso Yupangui Orellana

0106659048



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CLÁUSULA DE RESPONSABILIDAD

Yo, Jonnathan Javier Quilli Guamán, autor del Proyecto de Investigación **“USO Y EFECTOS ADVERSOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD BARRIAL BLANCO. CUENCA 2016”**, certifico que todos los contenidos, ideas y opiniones expuestos en el presente estudio son de exclusiva responsabilidad del autor.

Cuenca, 24 de Febrero del 2017

Jonnathan Javier Quilli Guamán
0106556004



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a Dios por la sabiduría y darme fuerza para cumplir mis sueños.

También les quiero dedicar a mi director y asesor de este proyecto por ser una guía en la elaboración, brindando sus conocimientos y ayudarme en mis dificultades.

Dedico este trabajo a mi madre, abuelos, tíos, primos y amigos por colaborar de forma indirecta en la realización de mi investigación y por los aportes que recibí.

Jonnathan Quilli



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a Dios por cada bendición y oportunidad de autosuperación.

A mi familia por el amor y el apoyo incondicional en todas las áreas de mi vida, y demás allegados que me han motivado a mantenerme firme en alcanzar mis metas.

Edgar Yupangui



UNIVERSIDAD DE CUENCA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra Universidad de Cuenca por habernos permitido forjarnos como nuevos profesionales para el servicio de nuestra sociedad.

Al Dr. Jorge Mejía, director, y Dra. Lorena Mosquera, asesora, quienes con su conocimiento, experiencia, fueron fundamentales para que nuestra investigación se lleve a cabo.

De igual manera a los que conforman el Centro de Salud Barrial Blanco quienes nos dieron apertura para la recolección de la información y el desarrollo de nuestro proyecto

Los Autores



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

A nivel mundial durante años y en la actualidad existe una alta tasa de embarazos no deseados, gestas en adolescentes, además morbilidad y mortalidad por el estado de gravidez (1). Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en todo el Ecuador el 3,4% de mujeres entre 12 a 19 años eran madres, de dicho grupo el 81,4% tenía un hijo, y el 16% dos hijos. En la provincia del Azuay mujeres de 12 o más años de edad, el 63.7% eran mamás. Según el estado civil, el 71% de progenitoras estaban casadas o vivían en unión libre y el 51,1% solo cursó la educación básica. El 29% mujeres desempeñaron el papel de jefas de hogar. Las que no tenían ningún tipo de instrucción concibieron un promedio de 6 hijos, en cambio las que cursaron la educación media el promedio fue de 2,4 hijos (INEC, 2010) (2).

El gobierno en base al Plan Nacional de Reducción de la muerte Materna y Neonatal menciona que la planificación familiar es una de las mejores tácticas y opciones para reducir los embarazos no deseados, los abortos no terapéuticos y las muertes maternas en el Ecuador (3,4).

Tomando como herramienta el uso de métodos anticonceptivos (temporales o permanentes) las personas pueden decidir el número de hijos anhelados e intervalo intergenésico, en base a lo establecido en sus derechos (5).

A nivel mundial nueve de diez usuarias empleaban un método contraceptivo eficaz (método que no depende de la usuaria) dentro de los cuales está el implante subdérmico (6), siendo un anticonceptivo reversible, cómodo y que en los últimos años ha tenido mayor demanda (7), con una vida media de 3 a 5 años de duración; requiere controles con intervalos espaciados, y previene el embarazo en un 99%, su carga hormonal es liberada en dosis bajas por lo que



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ante la interrupción se puede retornar rápidamente a niveles séricos normales (7,8).

Pero el implante no es inocuo, se ha evidenciado en diferentes estudios efectos adversos indeseables fueron causa del retiro entre 16% y 30,2% a partir del primer año de su colocación, debido a reacciones adversas como: irregularidad en el patrón menstrual (el más frecuente), ganancia de peso, cefalea, acné y otros (9,10, 11).

Por lo tanto, se consideró importante determinar las características demográficas y la frecuencia de los efectos adversos en nuestro medio.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud reproductiva consiste en gozar de una vida sexual plena, la facultad de decidir cuándo procrear y con qué reiteración hacerlo, para lo cual se necesita información sobre las garantías de este derecho, además de obtener la orientación adecuada sobre planificación familiar y el acceso a anticonceptivos eficaces, seguros que se encuentren al alcance (5).

El embarazo a temprana edad genera efectos negativos dentro de la sociedad, economía, familia y la comunidad en la que viven, obligando frecuentemente a las adolescentes a abandonar sus estudios repercutiendo en sus aptitudes y oportunidades para conseguir trabajo. Además, el embarazo predispone a las mujeres a padecer abortos espontáneos al inicio de la gestación o bien complicaciones obstétricas como: problemas hipertensivos del embarazo, parto prolongado y distócico, desgarros uterinos o vaginales, hemorragia posparto y en casos más graves la muerte materna. En cuanto al neonato puede ser prematuro, de bajo peso, o llegar a la muerte (12, 13).

En el Ecuador el embarazo en adolescentes es un problema de salud debido a la deficiencia en información sobre sexualidad y anticonceptivos, a pesar que la planificación familiar y los contraceptivos siempre han estado disponibles para mejorar la vida sexual y reproductiva (14).

En las últimas tres décadas ha bajado la tasa de fecundidad en países desarrollados y en vías de desarrollo, pero aún sigue siendo elevado los embarazos no deseados a nivel mundial. Un estudio del 2015 evidenció que el 85% de mujeres adolescentes entre 10 a 17 años tuvieron por lo menos una gesta (3). En Estados Unidos del total de los partos atendidos, la mitad son no deseados, de los cuales el 50% se dan por fallo del anticonceptivo, además en este país se estima que hay 1.2 millones de abortos por año (14,15).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el uso de contraceptivos ha aumentado en muchos países, principalmente en Asia y América Latina. A nivel



mundial desde el año 1990 al 2014 el uso de anticonceptivos modernos se elevado en gran medida del 54% al 57.4%, y en América Latina y el Caribe pasó del 66.7% al 67.0% (16).

La OMS expuso que la necesidad insatisfecha de anticoncepción es elevada tanto en Asia con el 10.9%, América Latina y el Caribe con un 10.4%. Se estimó que unos 225 millones de mujeres en países en vías de desarrollo desean aplazar o no tener hijos, pero no utilizan ningún método para evitar la fecundación, entre uno de los motivos está el temor a reacciones adversas que han sufrido con el uso de otros contraceptivos (16).

Los anticonceptivos eficaces son una buena alternativa para combatir este problema, pero se aprecia que las reacciones adversas son un factor determinante en el uso de los métodos contraceptivos por lo que son causa de rechazo o abandono.

En una investigación hecha en pacientes que pidieron el retiro del contraceptivo intradérmico; la razón más trascendental fue la variación en el sangrado menstrual (74,5%), cefalea (71,7%), alteración en el estado de ánimo (57,6%), refiriendo que gran número de reacciones no deseadas fueron percibidas al inicio de la colocación, ausentándose durante los primeros meses, no siendo así la cefalea y modificaciones en el peso (11). Batancourt y Toaquiza, Quito, en el 2013 determinaron la frecuencia de efectos adversos del implante subdérmico, según los resultados mostraron que el 31% presentaron sangrado menstrual irregular, seguido del 29% con dolor en sitio de inserción y sólo el 1% presentaron aumento de peso (17).

Herrera y Guachamin evaluaron el uso del implante subdérmicos, en el 2011, en donde se determinó que los efectos adversos más usuales en las pacientes fueron: 40% amenorrea, 20% presentaron aumento de peso y mastalgia, acné en un 4% y 1% respectivamente (18).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Bajo esta perspectiva, se creyó conveniente identificar las características del uso y efectos adversos del implante subdérmico en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca.



1.3 JUSTIFICACIÓN

La OMS publicó cifras alarmantes, mencionando que existen 225 millones de personas del sexo femenino en países en desarrollo, que deseaban tener una buena planificación familiar, pero no usaban ningún método anticonceptivo por el temor a reacciones adversas que han sufrido con otro contraceptivo previo (16).

Es importante señalar que los métodos anticonceptivos son fundamentales en la planificación familiar y mientras más inocuo, sencillo y eficaz sea el método, mayor garantía de una vida sexual y reproductiva plena.

En base a dichas características nos enfocamos en identificar quienes usaban y cuáles fueron los principales efectos secundarios que presentaron las usuarias del implante subdérmico en nuestro medio. Además nuestra investigación se fundamentó en las prioridades de investigación del MSP; en el área de Sistema Nacional de Salud, línea Atención primaria de salud, sublínea promoción.

Por lo mencionado anteriormente, este estudio se realizó en portadoras del implante subdérmico, controladas en el Centro de Salud del Barrial Blanco de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay.

Con la presente investigación los beneficiarios somos nosotros como médicos formados en atención primaria, equipo de salud en general, y usuarias que deseen optar por el implante subdérmico como método de planificación familiar.



CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEORICO

2.1 Derechos sexuales y reproductivos

"La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos" (19, 20). Hombres y mujeres tienen la libertad de conseguir información sobre el desarrollo de una vida sexual plena y de planificación familiar que prefieran, además las entidades de salud deben poner a su disposición los medios para alcanzarlo, debiendo ser legales, de fácil acceso, y sobre todo que no predispongan ningún peligro (19).

Los derechos reproductivos son extensión de los derechos humanos que se aplican sin distinción de edad, y básicamente en sus lineamientos da la libertad a cada individuo y pareja el decidir si procrear o no, el momento de hacerlo, el intervalo de las gestas, y la manera para cumplir con dichos deseos, siendo la responsabilidad de cada gobierno proveer la garantía y protección de estos derechos (6).

Los derechos sexuales son:

- Vivir libres de coerción, discriminación y violencia relacionada con la sexualidad e identidad sexual
- Al más alto estándar posible de salud sexual, incluyendo el derecho al acceso a servicios de salud sexual
- Buscar, recibir y compartir información relacionada con la sexualidad
- Educación en sexualidad
- Respeto por la integridad corporal
- Escoger a su pareja
- Decidir si se es sexualmente activo o no
- Relaciones sexuales consensuadas.



2.2 Planificación familiar

El concepto de planificación familiar se basa en acciones que fomenta a matrimonios heterosexuales a prevenir embarazos no deseados, planificar los hijos que desee la pareja, regular el tiempo intergenésico y tener un orden cronológico de nacimientos con relación edad de los progenitores”. (OMS, 1970) Para lograr estos objetivos se requiere educar a la población, sobre temas como: sexualidad, medicina preventiva y métodos anticonceptivos (20).

Es preciso decir que además es un derecho de toda persona decidir sobre su sexualidad de una manera responsable independientemente de la inclinación sexual, sexo, edad, estado civil, esto quiere decir sin discriminación alguna.

2.3 Anticoncepción o contracepción:

Son prácticas utilizadas durante el coito (heterosexuales), con el fin prevenir el embarazo. El correcto uso de algunos métodos anticonceptivo evita la transmisión de ITS (infecciones de transmisión sexual). No hay ningún método anticonceptivo 100% eficaz, todos tienen sus pros y contras. La mayor parte de anticonceptivos son para el sexo femenino; diferenciándose por su distinta composición, mecanismos de acción y vías de administración. La vasectomía y el preservativo masculino son los únicos dos métodos anticonceptivos para el hombre (21). Se ha clasificado en seis tipos de anticonceptivos:

2.3.1 Anticonceptivos naturales:

2. 3.1.1 Ritmo o calendario. Consiste en la abstinencia de tener relaciones sexuales de forma voluntaria durante el periodo fértil del ciclo menstrual de la mujer, basado en los aspectos fisiológicas del ciclo ovulatorio, para prevenir un embarazo (22, 23).

2.3.1.2 Temperatura basal. Es práctico utilizar un termómetro de mercurio de escala expandida, con el fin de captar mínimas elevaciones de la temperatura (normalmente es 0,2 y 0,6 °C), se la puede medir en la boca (5 minutos), el recto (3 minutos) o en la vagina (3 minutos), se escribirá diariamente en un gráfico que



nos permita ver con claridad los mínimos cambios. Para que el método sea válido debe tomarse el mismo día, en las mismas condiciones y constantes (22, 23).

2.3.1.3 Moco cervical. Billings (Método de la Humedad)

Posterior a la menstruación hay poco moco en la mujer dando la impresión de sequedad vaginal, siendo una fase infértil. Es preciso tener relaciones en días alternados para evitar equivocaciones, ya que la presencia de semen puede confundirse con el moco vulvar. En la etapa fértil, la mujer siente la sensación de humedad, se debe evitar el coito durante cuatro días posterior al pico máximo de mucosidad vaginal. En la tercera fase se puede tener relaciones normalmente hasta el siguiente ciclo menstrual (23).

2.3.1.4 Spinnbarkeit (Método de la Filancia). Se evalúa diariamente la elasticidad del moco cervical desde el fin de la menstruación, permitiéndonos conocer la fase fértil del ciclo menstrual. En la primera fase del ciclo, el moco será escaso y no elástico, se debe tener sexo de forma alternante como se indicó anteriormente. En la fase fértil la característica del moco será elástico o filante (en forma de hilo) al separar los dedos (índice y el pulgar), no se debe tener relaciones hasta el cuarto día o hasta presenciar que el moco haya cambiado a no filante (23).

2.3.1.5 Método de la cristalización. Al secarse el moco se cristaliza de forma diferente, de acuerdo a la concentración de estrógenos circulantes. Presentará una característica en forma de helecho (moco fértil) y en forma amorfa como grumos (moco infértil) (22, 23).

2.3.1.6 Coitus interruptus. Algunos autores no le tratan como método anticonceptivo. Radica en retirar el pene antes que se dé la eyaculación. No tiene costo, no requiere instrucción ni vigilancia del médico, pero la eficacia es baja (10 al 20%), debido a que se expulsa durante el coito líquido preeyaculatorio que puede contener espermatozoides (21).



2. 3.2 Métodos de barrera:

2.3.2.1 Preservativos. Es una funda fina, blanda, lubricada. Son de dos tipos el condón masculino y el femenino. El preservativo femenino es de poliuretano tiene dos extremos con dos anillos en cada uno (uno abierto y el otro cerrado), el cerrado se le coloca en la vagina que tapa el cuello del útero, el anillo abierto cubre a los genitales externos femeninos. El condón masculino es de látex que va sobre el pene que debe ser colocado mientras está en erección. En ambos tipos de condones, posterior a la eyaculación, se retira del órgano genital el anticonceptivo con semen en su interior, evitando que caiga en la vagina. Hay que recalcar que con su correcta utilización previene de VIH/ Sida o ITS (21).

2.3.2.2 Diafragmas. Es un casquete de látex blando, en varias dimensiones se le introduce intravaginal cubriendo el cuello uterino. Este método requiere prescripción médica porque necesita valoración del cérvix y determinar la medición del mismo. Para que sea eficaz como método anticonceptivo se le debe combinar con espermicidas (21).

2.3.2.3 Capuchones. Está compuesto de látex o silicona, de forma redondeada que va cubrir solo el cérvix, pierde efectividad en mujeres multíparas por aumento del volumen de los genitales, además este capuchón se debe asociar a espermicidas. Es un método anticonceptivo que actúa como un tapón, que se inserta intravaginal hasta que obstruya el cuello uterino con el fin de evitar la entrada de espermatozoides (21).

2.3.3 Métodos hormonales:

2.3.3.1 Anillo vaginal. Se le inserta en la vagina por tres semanas, liberando continuamente etinilestradiol y etonogestrel. A la cuarta semana se le retira el anillo, posteriormente presentará el sangrado menstrual. Después de los 7 días de no usarlo, se le vuelve a introducir (7).

2.3.3.2 Parches anticonceptivos. Es un pequeño parche de plástico, cuadrado, transdérmico, de pequeño grosor, no rígido que se pega a la piel, como



mecanismo de acción va liberar diariamente géstatenos al torrente sanguíneo que va evitar la ovulación de manera eficaz. No protege de infecciones de transmisión sexual o VIH/SIDA (7).

2.3.3.3 Anticonceptivos orales. Son los más usados, hay los que con tienen solo gestágeno o estrógeno y progestágeno. Una clase se usa por 21 días y se descansa 8, otro se usa de forma continua por 28 días sin descansó, para que sea efectivo este método se debe ingerir siempre a la misma hora. Su eficacia no difiere en gran medida entre las distintas presentaciones de este anticonceptivo. Si cumple estrictamente como indica el médico, la probabilidad de embarazo es inferior al 0,2% en 1 año (24).

2.3.3.4 Implantes subdérmicos. Se lo detalla más adelante.

2.3.3.5 Dispositivo intrauterino. Es objeto de plástico flexible, como la letra “T”, envuelto un alambre de cobre algunas ocasiones en el centro tiene plata. Como mecanismo de acción va producir alteraciones químicas en el útero, que limita la unión del óvulo con el espermatozoide. En el extremo más largo tiene un hilo que permite constatar la ubicación correcta intravaginal. Tiene una elevada eficacia (24).

2.3.3.6 Anticonceptivos inyectables. Se administran cada 1 o 3 meses. Se debe administrar el primer día de la menstruación, la siguiente se determinará la probable fecha según el tiempo de duración, pudiendo aplicar 3 días antes o 3 días después y así consecutivamente. Nunca aplicar masaje en el sitio de punción porque aumenta la absorción del anticonceptivo. La reacción adversa más frecuente es la amenorrea (21, 22).

2.3.4 Métodos químicos:

2.3.4.1 Espermicida. Es una sustancia que se aplica intravaginal alcanzando la parte proximal de cuello uterino. Actúa sobre la membrana del espermatozoide, la misma que va causar lisis, produciendo movimientos lentos del gameto o destruyéndolo en su totalidad, así evita la unión del huevo con el



espermatozoide, este anticonceptivo es de baja eficacia ya que depende mucho de la usuaria (7, 25).

2.3.5 Métodos permanentes:

2.3.5.1 Salpingectomía. Su eficacia es de 99.5%. Consiste en ocluir de forma quirúrgica y bilateralmente las trompas de Falopio para evitar la fecundación. No tiene efectos secundarios, no se necesita condiciones explícitas para elección como método anticonceptivo. Puede ser reversible (7).

2.3.5.2 Vasectomía. Es una forma de contracepción con alta efectividad, de manera permanente aplicada en varones. Consiste en oclusión del conducto deferente, impidiendo que los espermatozoides originados en las gónadas masculinas lleguen a las vesículas seminales (7).

2.3.6 Anticonceptivos de emergencia: Levonorgestrel: píldora del día después; los servidores de salud pública o privados, tiene la obligación de dar a todas las pacientes que la soliciten (25). Está formada de progestágeno o estrógeno y progestágeno, se las usa para impedir embarazos luego de coito sin protección. Su acción es retardar la ovulación, imposibilitando la unión del óvulo con el espermatozoide. Si se produce la fecundación esta píldora no tiene ninguna reacción sobre el huevo. No es un método abortivo (FIGO, CLAE, 2008)(21).

2.4 IMPLANTES SUBDÉRMICOS

2.4.1 DEFINICIÓN

Es un método temporal, con un mecanismo acción de larga duración, su vía de administración es subdérmico, que contiene progestina sintética, siendo liberada en dosis muy pequeñas diariamente de manera regulada para obtener el objetivo deseado. Según el tipo de implante, dura entre 3 y 5 años (7, 26).

Se realizó una investigación en México, por Mejía sobre el uso de implante de etonogestrel en el 2014, donde se muestra que las mujeres entre 20 a 25 años con un porcentaje del 28.8%, son el grupo etario que más usa el implante



subdérmico y a continuación están las menores a 19 años representando el 10.4% (27).

En una investigación hecha en Loja, 2014 en portadoras del implante subdérmico, se observó que las casadas fue la mayor población que usaban este contraceptivo representando así 50% del total, seguidas por las de unión libre con el 34,9% (28). Si consideramos el grado de instrucción según una investigación realizada en Lima, Perú, se evidenció que el 65,45% de las pacientes obtuvieron una educación secundaria, el 15.38% tenían estudios universitarios, y las que sólo cursaron la primaria representó el 3.65% (29).

También es importante señalar que la efectividad del implante es mayor a 99%(7, 26), pero incluso hay diversos estudios que le atribuyen una eficacia de 100 % (30).

2.4.2 Tipos de implantes:

2.4.2.1 Norplant®: fue elaborado por primera vez en 1983 en aquel entonces eran tubos rígidos que contenía en su interior seis cápsulas de 2.4 x 34mm cada una, el tiempo de duración era de 5 años. Posteriormente se propusieron disminuir el número de unidades para que la colocación y desinserción sea más sencilla, originándose así el Norplant-2 o Jadelle® como el sustituto. El Norplant se dejó comercializar a nivel global en el año 2008 (7, 26, 31).

2.4.2.2 Jadelle®: o norplant 2 que fue fabricado en 1983 por la casa comercial Bayer Schering Pharma (Turku, Finlandia), fue aprobado en los Estados Unidos en 1996. Está formado por dos cápsulas de silastic (hule de silicón) separadas y selladas, cada una contiene 75 mg de levonorgestrel (progesterona) en un total de 150 mg. Sus medidas son: 2,5 mm de diámetro y 4,3 cm de largo. En sus principios fue fabricado con una vida media de 3 años y a partir del año 2001 mejoraron su tiempo de duración a 5 años (7, 26, 31).

2.4.2.3 Implanon®: (Merck & Co, Inc., Whitehouse Station, NJ, EE.UU.), se comercializó en 1999 posteriormente fabricaron el Implanon NXT®



(Nexplanon®) para remplazarlo en el 2010, que incluía un aplicador rediseñado. Contiene una cápsula de polímero (acetato de etil vinilo) 68 mg. de etonogestrel (progesterona). Las medidas son: 40 mm de largo y 2 mm de diámetro. Tiempo de duración 3 años (7, 26, 31).

En un estudio que tuvo como objetivo establecer la tasa de utilización continua del implante subdérmico en pacientes femeninas perfectamente informadas y el motivo del abandono de manera precoz. Estuvo compuesto de 214 mujeres, la edad promedio de fue 26,7 años. A los 12 meses la tasa de continuación correspondió al 72%, el 53% a los 24 meses y posterior a los 36 meses se presentó en el 25%. La mayor parte de pacientes eran nulíparas y usaron otro método anticonceptivo antes. La causa de remoción precoz fue la alteración del sangrado menstrual (32).

Se realizó un análisis de 11 ensayos clínicos sobre el implante de etonogestrel, los investigadores reportaron que la reacción adversa más frecuente fue alteración en el sangrado menstrual como: manchado frecuente (33.6%), largo sangrado (16.9%), y el 22.2% de mujeres presentaron amenorrea, por estas razones el 11.3% de mujeres abandonaron este tipo de método. En otra revisión retrospectiva en pacientes adolescentes que utilizaron este contraceptivo con una vigilancia de 20 meses, se describió que el 22.4% desertaron el implante por alteraciones menstruales (33).

Lori et al., Estados Unidos, 2013 en la Universidad Médica de Carolina del Sur, se identificó los efectos adversos de las usuarias del implante donde se encontró: menstruación irregular en el 47,3%, amenorrea 45,5%, incremento de sangrado 58,25%, y aumento de peso en el 30,9%. (34).

2.4.3 Mecanismo de acción.

Produce un efecto de retroalimentación negativa sobre el eje hipotálamo-hipofisario- ovario que inhibirá la secreción de la hormona luteinizante (LH) por



lo tanto, evitan la ovulación. Esta es el principal mecanismo de acción en anticonceptivos hormonales combinados o los que solo contienen gestágenos. Otro mecanismo es producir espesamiento del moco cervical, por ende, disminuye el volumen, aumenta número de células (cambios endometriales) y la densidad del moco. Este es el primer efecto que se presenta y el más rápido, teniendo como resultado la dificultad para tránsito de espermatozoide (25, 26).

2.4.4 Farmacocinética:

Luego de la colocación del implante subdérmico pasa al torrente sanguíneo, posteriormente llega a niveles suficientes para la inhibición de ovulación alrededor de las 24 horas. Las concentraciones séricas máximas se dan entre 1 a 13 días. Es importante conocer que la velocidad de liberación hormonal por parte del implante disminuye con el tiempo.

Existen variaciones de una usuaria a otra en las concentraciones séricas, lo cual se atribuye a diferencias en el peso corporal. En cuanto a la distribución se une en un 95,5-99% a las proteínas séricas, predominantemente a la albúmina y en un menor grado a la globulina transportadora de hormonas sexuales.

El metabolismo es hepático y consiste en hidroxilación y reducción. Los metabolitos se conjugan a sulfatos y glucurónidos, tiene una semivida de eliminación media de 25 horas aproximadamente y el aclaramiento sérico es aproximadamente de 7,5 litros cada hora. Tanto el aclaramiento como la semivida de eliminación permanecen constantes durante el período de tratamiento. La excreción del principio activo y sus metabolitos es a través de la orina y las heces (35).

2.4.5 Indicaciones.

Es una excelente alternativa en usuarias que presentan incumplimiento de otros anticonceptivos (olvidos, no les dan buen uso, entre otros), en aquellas mujeres que este contraindicado los estrógenos. Se recomienda poner el implante en los



primeros días de la menstruación o posterior a la suspensión de otro método hormonal asegurándonos de que la usuaria no esté embarazada (36).

2.4.6 Categorías para el uso de anticonceptivos temporales:

- Categoría 1. Condición que no limita el uso del método anticonceptivo. Se puede usar el método sin riesgo.
- Categoría 2. Condición donde los riesgos son menores que las ventajas teóricas o evidenciadas del uso de métodos anticonceptivos. Se puede usar método anticonceptivo en general.
- Categoría 3. Condición donde los riesgos teóricos o evidenciadas son mayores que las ventajas del uso del método anticonceptivo.
- Categoría 4. Condición que significa un peligro de salud inaceptable si se usa el método anticonceptivo. No se debe usar el método (37,38, 39).

Dentro la categoría 3 y 4 tenemos:

Categoría 3.

- Mujeres amamantando con menos de 6 semanas post parto
- Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar actual
- Cardiopatía isquémica actual o anterior.
- Antecedente de haber padecido accidente cerebrovascular
- Jaqueca con aura a cualquier edad.
- Sangrado vaginal de etiología desconocida.
- Antecedente de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad en los últimos 5 años
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis severa descompensada.
- Adenoma hepatocelular.
- Tumor hepático maligno (hepatoma)



- Uso de medicamentos: rifampicina y anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos (37, 38, 39).

Categoría 4.

- Cáncer de mama actual (37, 38, 39).

2.4.7 Colocación del implante subdérmico:

Imagen 1



Se realiza una inserción previa asepsia de 3 a 5 mm con la paciente boca arriba y el brazo no dominante con rotación hacia afuera y flexionado a la altura del codo. Se inserta el implante en forma de una delgada lámina en la cara interior del brazo a unos 6-8 cm por encima del pliegue del codo, en el surco que se encuentra entre el bíceps y el tríceps.

Se recomienda infiltrar anestésico local por debajo de la piel a lo largo del sitio de inserción. Este procedimiento no requiere sutura. Se aplica un vendaje (26).

2.4.8 Efectos adversos.

Son raros y se presenta con la misma frecuencia que en otros métodos anticonceptivos.

2.4.8.1 Sangrado:

Se presenta hasta un 10% de mujeres, con un aumento del sangrado en los primeros días hasta los tres primeros meses, esta molestia disminuirá de 5-6%



en los posteriores años. Se ha propuesto varios mecanismos que produce sangrado como: alteración en el colágeno 4, sulfato de heparina, integridad vascular, disminución de la musculatura lisa (falta de desarrollo de las arterias espirales). También se plantea que habrá alteración en la estructura endometrial por mala oxigenación. Se le puede atribuir a la falta de estradiol que nos dará como resultado un endometrio delgado y desestabilización de la estructura vascular. Se ha calculado que la perdida aproximada es de 21- 30 ml, manteniéndose los niveles de hemoglobina en las pacientes (40).

Schneidewind, en un estudio hecho en mujeres con implante subdérmico expuesto en 2016, barrio la Constitución, Argentina, según los resultados el 92% de las pacientes presentó menstruación irregular y un 8% dijo no tenerlo (41). En otro estudio realizado en Estados Unidos, 2015 del total de portadoras del implante subdérmico el 86% de mujeres tuvo variaciones en el ciclo menstrual (42).

Torres público en el 2014 un estudio sobre el uso del ímplate subdérmico, llevado a cabo en Sardinas, Jadachi (Ecuador), con 97 usuarias de este contraceptivo, refirió que el 21. 67% presentaron menstruaciones irregulares (43).

Alvear e Inca en un estudio llevado a cabo en Hospital gineco obstétrico Isidro Ayora de Quito se mostró que del total de pacientes en estudio el 89 % de mujeres adolescentes presentó alteraciones en el ciclo menstrual, (44).

2.4.8.2 Trastorno en el peso:

Se produce un aumento del peso aproximadamente en un 0.4 a 1.5 kg al año, observándose que en mujeres adolescentes chinas se produjo un aumento 2.5 kg de peso y en las estadounidenses 2.6- 3.3 kg durante el periodo de uso del implante. El incremento de peso es causado por acumulación de líquidos o también alteración en el metabolismo esto debido al efecto androgénico (progestina) (40).

Herrera y Guachamin, Quito en 2011 se realizó un estudio en 940 pacientes femeninas que usaron implante subdérmico, en donde el 20% de la población



estudiada presentó aumento de peso (18). Otro estudio hecho en el Hospital Isidro Ayora (Ecuador, 2012) mostró que el 30. 50% de adolescentes presentó aumento de peso, y en mujeres adultas fue el 29.10% (44). Reyes y Alfonso en el 2013 refirieron que de 332 pacientes que desistieron del implante subdérmico por efectos adversos, el 2,10% manifestó que fue por incremento de peso (45).

2.4.8.3 Acné:

Efecto adverso de todos los métodos anticonceptivos, por un mecanismo que consiste en inhibir la adherencia de la globina a hormonas sexuales quedando a su vez libremente las hormonas androgénicas (40).

Mejía en un estudio hecho en México durante el año 2014 determinó la presencia de acné en el 32.6% de las usuarias del implante (27). Según el estudio de Herrera y Guachamin reportaron que el 1% de pacientes femeninas padecieron acné (18).

2.4.8.4 Alteración mamaria:

Este efecto se debe a cambios hormonales por el anticonceptivo (40).

En la investigación realizada en la Universidad Regional autónoma de los Andes en portadoras del implante subdérmico, se observó que el 5.15% refirió mastalgias (43). Alvear e Inca en un estudio llevado a cabo en Hospital gineco obstétrico Isidro Ayora de Quito, concluyeron que las mastalgias estuvo presente en el 2.40% de pacientes adolescentes y en el 6.80% de mujeres adultas (44).

2.4.8.5 Cefalea

Lori et al., Estados Unidos, 2013 en la Universidad Médica de Carolina del Sur, se vio la presencia de cefalea en el 5,5% de las mujeres que usaron el implante. (34). Sin embargo, según los resultados del Hospital Isidro Ayora, la cefalea se presentó en el 22.90% en adolescentes y en un 54.90 % de mujeres adultas (44).



2.4.8.6 Nausea y vómito.

Noraziana et al., mencionaron en una investigación hecha en Malasia durante el 2015, que el 2% de la población estudiada presentaron síntomas de náusea y vómito tras la colocación del implante (46).

2.4.8.7 Disminución de la libido

Según un estudio publicado por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología 1 de cada 5 usuarias de métodos anticonceptivos (23,9%) refirió haber disminuido el interés sexual en un tiempo promedio de 6 meses después de iniciar el uso de un nuevo contraceptivo, y que el implante tiene responsabilidad importante en este síntoma (47).

2.4.8.8 Otros efectos adversos

La investigación hecha en el hospital Isidro Ayora de Quito, mostró que padecieron alteraciones emocionales un 67.70% de mujeres adultas y un 65.70% de adolescentes (44). Otro estudio describió la presencia de efectos adversos como incremento de peso en el 12%, y mialgias en el 10% (38). En un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina, el 1% de usuarias presentaron hematoma leve luego de la colocación del implante (45). En una investigación realizada en la India, 2015 no evidenció la presencia de molestias en el sitio de implante en 110 pacientes (48).

Teixeira et al., Brasil, 2015 en una revisión de múltiples estudios se describió que el tiempo promedio aparición de los efectos adversos estuvo dentro del primer año de uso (49).

2.4.9 Retiro del implante subdérmico.

El implante puede retirarse en el momento en que se desee ya sea por circunstancias médicas o personales, pero lo recomendable es una vez que termine su periodo de utilidad, a los 3 o 5 años desde su colocación, en cualquier



momento del ciclo menstrual. Una vez retirado la capacidad de concebir se recupera tempranamente.

Para retirar el implante subdérmico se limpia la región de la piel y se infiltra con anestésico tópico a nivel del extremo del implante, se realiza una incisión cutánea de aproximadamente 4mm, con la ayuda de una pinza pequeña se procede a extraer suavemente, una vez retirado se coloca en el sitio de incisión una gasa a compresión para evitar el sangrado y la formación de hematomas (26).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General: Identificar las características del uso y efectos adversos del implante subdérmico en mujeres en edad reproductiva en el centro de salud Barrial Blanco, Cuenca 2016.

3.2 Objetivos Específicos:

3.2.1 Determinar las variables demográficas de las mujeres que usan implante subdérmico como método anticonceptivo.

3.2.2 Determinar los antecedentes ginecológicos en las usuarias del implante subdérmico, como: paridad previa, uso previo de otro método anticonceptivo y tiempo de uso del implante subdérmico.

3.2.3 Determinar el tiempo de aparición de los efectos adversos tras la colocación del implante subdérmico.

3.2.4 Identificar los efectos adversos del implante subdérmico en mujeres que usa este método anticonceptivo como planificación familiar, entre ellos: complicaciones locales del implante subdérmico, alteración del patrón menstrual,



aumento de peso, acné, cefalea, infección de sitio de colocación, alteraciones en el ánimo, mastalgia, náusea, disminución del apetito, disminución de la libido.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA:

4.1 Tipo de estudio: Transversal, descriptivo.

4.2 Área de estudio: Centro de salud Barrial Blanco, ubicado entre las calles Padre Moreno y Barrial Blanco, frente al parque de la Católica, Cuenca, Azuay, Ecuador, siendo una Institución de Primer Nivel de Atención de Salud. Dicho establecimiento está dirigido por la Doctora María Eulalia Cuesta.

4.3 Universo: Estuvo conformado por todas las mujeres que optaron por el uso del implante subdérmico como método anticonceptivo en los años 2014-2016 pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca, Azuay 2016. En primera instancia se obtuvo de las fichas clínicas un universo de 193 pacientes que se colocaron este contraceptivo, pero al momento de recolectar la información tuvimos inconvenientes como: fichas que no correspondían a la usuaria, datos personales incompletos o alterados, cambio de domicilio, falta de tiempo por ocupación. Por tales razones el universo definitivo fue conformado por 121 mujeres.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Inclusión:

- Pacientes que acudieron al centro de salud y usaron implante subdérmico.
- Pacientes que hayan leído y firmado el consentimiento informado.



4.4.2 Exclusión:

- Pacientes que a las que no pudo realizar las encuestas o se negaron a llenar las mismas.
- Pacientes que intervinieron en la encuesta, pero haya quedado inconclusa o con un alto número de preguntas sin respuesta (mayor 5).

4.5 Variables:

- Edad.
- Estado Civil.
- Zona de residencia.
- Nivel de instrucción.
- Ocupación.
- Paridad.
- Efectos adversos.
- Tiempo de uso del implante subdérmico.
- Tiempo en que se presenta efectos adversos.
- Métodos anticonceptivos previos.

Operacionalización de las variables. Ver anexo 3.

4.6 Métodos técnicas e instrumentos para la recolección de datos:

4.6.1 En este estudio se usó el método de la observación, en cuanto al instrumento se realizó encuestas a las mujeres que optaron por el uso del implante subdérmico como método anticonceptivo; debido al control irregular o la decisión de acudir a otras casas de salud se realizó estas encuestas en el consulta externa y en el domicilio de las usuarias en algunos casos. Para la localización de las pacientes se obtuvo las direcciones domiciliarias y números telefónicos registrados en las fichas clínicas que se archivaban en el centro de salud. La encuesta se basó en preguntas de fácil entendimiento y respuesta, que buscaron determinar las características del uso y los efectos adversos en las pacientes que utilizan dicho método. (Anexo 1).



Instrumentos: encuestas, historias clínicas de quienes usan el implante subdérmico.

4.8 Plan de tabulación y análisis:

Para el procesamiento de la información se usó los programas SPSS 15, Excel y Word, para la presentación de la información se empleó tablas, y el análisis de los resultados se desarrolló en relación a frecuencia y porcentajes.

4.9 Aspectos éticos.

La información proporcionada por parte de las encuestadas fue utilizada exclusivamente para la investigación con la debida confidencialidad, cumpliéndose con lo previamente informado y explicado a las autoridades tanto de la facultad como del centro de salud.

Así mismo se procedió a informar sobre la investigación a los participantes del proyecto, esto a su vez fue autorizado con la firma del consentimiento informado.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Se incluyeron a 121 pacientes femeninas entre los 18 a 37 años de edad, que se colocaron el implante subdérmico desde enero del 2013 hasta diciembre del 2016, las encuestas se realizaron sin inconvenientes con visitas domiciliarias y en la consulta externa en el Centro de Salud Barrial Blanco. Los resultados se analizan a continuación.

5.2 ANALISIS DE RESULTADO

Tabla 1. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según edad. Cuenca, 2016.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 – 22	40	33,1
23 – 27	49	40,5
28 – 32	22	18,2
33 – 37	10	8,3
Total	121	100

Desviación estándar: 4,587

Media: 25.10

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Los autores.

La tabla 1 mostró la distribución de la variable edad de las usuarias del implante subdérmico, la media se situó en 25.10 años (Desviación estándar 4,587 años), el grupo etario que más uso este método estuvo comprendido entre 23 a 27 años de edad con un porcentaje del 40,5% y las de 18 a 22 años en 33,1%.



Tabla 2. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según estado civil. Cuenca, 2016.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	56	46,3
Divorciada	3	2,5
Soltera	19	15,7
Unión libre	42	34,7
Viuda	1	0,8
Total	121	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Los autores.

En la tabla 2 se evidenció que las casadas tienen mayor frecuencia del uso del implante subdérmico con un el 46.3%, seguidas del estado civil unión libre que corresponden al 34,7% y la minoría fueron las viudas con un 0,8%



Tabla 3. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según instrucción. Cuenca, 2016.

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	25	20,7
Secundaria	65	53,7
Superior	31	25,6
Total	121	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Los autores.

Según la tabla anterior la mayoría de pacientes que eligió el implante subdérmico como método anticonceptivo cursaron los estudios secundarios (53,7%), seguido de las pacientes que estudiaron la educación superior (25,6%) y en menor medida las que obtuvieron una instrucción primaria en un 20,7%.



Tabla 4. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según residencia. Cuenca, 2016.

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	26	21,5
Urbano	95	78,5
Total	121	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Los autores.

Según la tabla se apreció que habia mayor uso del implante subdérmico por las mujeres que vivían en el área urbana con el 78.5% y menor porcentaje (21,5%) estuvieron las mujeres que radican en el área rural.



Tabla 5. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según ocupación. Cuenca, 2016.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	54	44,6
Comerciante	4	3,3
Estudiante	22	18,2
Profesión activa	15	12,4
Otros	26	21,5
Total	121	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Los autores.

Según la ocupación de las portadoras del implante subdérmico, la mayor parte fueron amas de casa (44,6%), seguidas de mujeres que tuvieron otro tipo de trabajos con un 21,5% y en menor porcentaje apreciamos a las que trabajaban en el comercio con un 3,3%.



Tabla 6. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según paridad previa. Cuenca, 2016.

Paridad previa	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	52	43,0
Nulípara	3	2,5
Primípara	66	54,5
Total	121	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Mediante la tabla 6 vimos que las mujeres que usaron el implante subdérmico en mayor frecuencia fueron las primíparas con un 54,5% de pacientes, seguido de las múltiparas con el 43,0% y en menor frecuencia se encontró a las nulíparas con 2,5%.



Tabla 7. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según Uso de otro método anticonceptivo previo. Cuenca, 2016.

Anticonceptivo previo	Frecuencia	Porcentaje
No	48	39,7
Si	73	60,3
Total	121	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Los autores.

Según los resultados de la tabla anterior el 60,3% pacientes dijeron que si usaron otro método anticonceptivo previo a la colocación del implante subdérmico, mientras que el 39,7% respondieron que no usaron ningún tipo de anticonceptivo antes.



Tabla 8. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según tiempo de uso del implante. Cuenca, 2016.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
0-3 meses	8	6,6
4-6 meses	14	11,6
7-9 meses	11	9,1
10-12 meses	14	11,6
mayor a 12 meses	74	61,2
Total	121	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Los autores.

Al momento que se realizó las encuestas del total de las usuarias el 61,16% llevaba más de 12 meses utilizando el implante subdérmico, y el 11,6% tenían insertado entre 10 y 12 meses.



Tabla 9. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según la presencia de algún tipo de efecto adverso. Cuenca, 2016

Efectos adversos	Frecuencia	Porcentaje
No	6	5,0
Si	115	95,0
Total	121	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

Observamos en la tabla anterior que el 95% de las pacientes refirió haber presentado algún tipo de efecto adverso mientras utilizaban el implante subdérmico.



Tabla 10. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según la presencia de complicaciones locales tras la colocación. Cuenca, 2016.

Complicaciones locales.	Infección		Dolor		Prurito		Equimosis		Ninguna	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	0	0	25	21	14	12	2	2	84	69
No	121	100	96	79	107	88	119	98	37	31
Total	121	100	121	100	121	100	121	100	121	100

Fuente: formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

El 69% de las usuarias no presentó ninguna complicación local tras la colocación del implante subdérmico, el 21% refirió dolor y el 12% mencionó sensación de prurito.



Tabla 11. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según el tiempo de aparición de efectos tras la colocación. Cuenca, 2016.

Tiempo de aparición	Frecuencia	Porcentaje
Inmediato	18	14,9
Primer trimestre	36	29,8
Segundo trimestre	22	18,2
Tercer trimestre	14	11,6
Un año	20	16,5
Dos años	3	2,5
Tres años	1	0,8
Cuatro años	1	0,8
No presenta	6	5
Total	121	100

Fuente: formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores

El 29,7%, de usuarias percibieron reacciones adversas durante el primer trimestre tras la colocación del implante subdérmico, el 18,2% y el 16,5% al segundo trimestre y al año respectivamente.



Tabla 12. Distribución de 121 mujeres usuarias del implante subdérmico pertenecientes al Centro de Salud Barrial Blanco según la presencia de efectos adversos. Cuenca, 2016.

Efectos adversos	Frecuencia	Porcentaje
Acné	25	20,7
Alteración del sangrado menstrual	73	60,3
Dismenorrea	18	14,9
Mastalgia	18	14,9
Cefalea/ Migraña	38	31,4
Nausea/Vomito	11	9,1
Aumento de peso	42	34,7
Disminución de la libido	11	9,1
Trastorno del animo	35	28,9
Disminución del apetito	1	0,8
Otros	3	2,5

Fuente: formulario de recolección de datos

Realizado por: Los autores



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En la tabla apreciamos los diferentes efectos adversos que se identificaron en las pacientes luego de la colocación y durante el periodo de su uso del implante subdérmico. El efecto adverso más frecuente que refirieron las usuarias encuestadas (121) fue la alteración del sangrado menstrual en un 60,3%, seguido del aumento peso en un 34,7%, la cefalea/migraña correspondió al 31,4%, trastornos del ánimo 28,9 % y el acné 20,7%. Además, los efectos adversos que en menor porcentaje se encontraron en este grupo de usuarias fueron náusea- vómito y disminución de la libido en 9,1% además de reducción del apetito en un 0,8%.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Los embarazos no deseados en adolescentes y el fracaso de planificación familiar, son problemas de salud en la actualidad, frecuentes a nivel mundial, lo que a su vez se debe a la falta de información, acceso a métodos de planificación familiar y a la complejidad de los mismos. El implante subdérmico resulta ser un método anticonceptivo eficaz, con controles espaciados y no necesita de medidas especiales de cuidado, pero presentan importantes efectos adversos.

En nuestra investigación se evaluó a 121 usuarias portadoras de este anticonceptivo, en donde se pudo apreciar que la edad más frecuente de uso se encontró entre los 23-27 años, que corresponde al 40,5% del total de la población estudiada, mientras que el 33,1% tenían entre 18-22 años de edad. En una investigación realizada en México por Mejía sobre el uso del implante en el 2014, se mostró que, las mujeres entre de 20 a 25 años con un porcentaje del 28.8%, fue el grupo etario que más usaba el implante subdérmico, seguidamente estaban las menores a 19 años, representando el 10.4% (27). Además en una estudio realizado en la Ciudad de Quito, por Herrera y Guachamin se resaltó que las mujeres de 15-25 años (56%), son el grupo etario que más utilizaba este método anticonceptivo, las de 26-35 años estaba en el 32% y en un 12% las portadoras mayores de 36 años de edad (18).

Álvarez y Loja, en una investigación ejecutada en el Hospital Universitario de Mutupe, acerca del número de mujeres portadoras del implante subdérmico, determinaron que las casadas fueron la mayor población que usó este contraceptivo, representando así el 50% del total, seguido por las de unión libre con el 34,9% (28). Según nuestros datos obtenidos observamos que predominaron las casadas con un porcentaje del 46,3% y las de estado civil unión libre representaron el 34,7%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En cuanto al grado de instrucción, el 53.7% del total de la población estudiada cursaron la educación secundaria, seguidas de las que estudiaron la educación superior (25,6%), y un menor porcentaje apreciamos a las mujeres que sólo cursaron la primaria (20,7%). Estos datos concuerdan con una investigación realizada en Lima, Perú, en donde el 65,45% de las pacientes obtuvieron una educación secundaria, el 15.38% tenían estudios universitarios, y las que cursaron la primaria representó el 3.65% (29). En un estudio llevado a cabo en Madugu et al, Nigeria, 2015, sobre perspectiva del uso de este contraceptivo, se indicó que el 21% de mujeres alcanzaron una educación secundaria, las de educación superior constituyeron el 27%, y un porcentaje del 36% llegaron a la primaria (50).

La mayor parte de portadoras del contraceptivo de nuestro estudio, vivía en el área urbana (78,5%), de manera semejante Torres en una investigación desarrollada en el 2014, indicó que las mujeres que disponen del implante, se encontraba la mayoría en la zona urbana (76,29%) (43). En cuanto a la ocupación, las amas de casa eran las que mayormente optaron por implante subdérmico (44,6%), seguidas de las estudiantes (18.2%), las que menos utilizaron este contraceptivo fueron las comerciantes con 3,3%. Mientras que, en un estudio realizado por Mejía, México, 2014 mostró que el 1% eran analfabetas, obtuvieron estudios primarios en el 36%, el 60% cursó estudios secundarios y 3% tuvo educación superior (27).

De acuerdo a la paridad previa, nuestro estudio definió que las pacientes primíparas fueron las que mayormente usaban el implante subdérmico (54,5 %) y las multíparas en el 43,0%. Así tenemos que, en un estudio realizado en Madugu et al, Nigeria, 2015, con respecto a los antecedentes de paridad determinaron que el 6% de usuarias tuvieron una gesta previa a la inserción del contraceptivo, las que alcanzaron más de un embarazo fue el 94% (50).

Basándonos en nuestros datos, gran cantidad de mujeres (95,0%) alegaron que si presentan algún tipo de efecto adverso indistintamente de la gravedad de las molestias. Mientras tanto Álvarez una investigación desarrollada en Loja, en el



2014, indicó que, el 58,1% identificaron efectos adversos por el uso del implante subdérmico (28).

Además del total de las usuarias encuestadas, se determinó la existencia de complicaciones en el sitio de inserción del implante en 31% de los casos; siendo el dolor (21%) y prurito (12%) las molestias con mayor frecuencia. Comparándose con un estudio realizado por Singh et al, en la India, año 2015, en 110 pacientes con un seguimiento de 7 días, no se evidenció la presencia de molestias como inflamación e irritación en el sitio de colocación de este anticonceptivo (48). Torres en su investigación sobre el implante, mencionó que el 58,7% presentaron equimosis, dolor en el sitio de inserción (23,7%) y 17.5% prurito (43). Daniell et al, 2013, refirió que el 4,3% de usuarias presentaron dolor en el brazo con el implante subdérmico, siendo causa de su desinserción (51). Madden .et al, 2012 manifestó que el 4,7% portadoras de este método tuvieron dolor y edema en el brazo (52).

Haciendo énfasis al tiempo de aparición de los efectos adversos, vimos que el mayor porcentaje de estos se presentaron en el primer trimestre (29,8%), seguidas del segundo trimestre (18,2%), y con el pasar del tiempo alegaron las usuarias tener menor presencia de reacciones, por lo que, el 0,8% sintieron molestias durante los tres y cuatro años de uso, en comparación con un estudio realizado por Torres, Ambato, 2015, describió que las reacciones secundarias iniciaron en el primer trimestre (59,6%), con el uso del Implanon y 64,4% en el caso de Jadelle (43).

Con respecto a los efectos adversos más frecuentes del implante subdérmico, del total de la población estudiada, el 60.3% mencionaron haber presentado alteración en el patrón del sangrado menstrual, el 34,7% refirieron aumento de peso, el 31,4% cefalea, trastornos del ánimo se vio en un 28,9%, en cambio el 20,7% de mujeres padecieron de acné; dismenorrea y mastalgias coincidieron con un 14,9%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Navarrete y Ramírez, en Ibarra, 2014, mostraron que del total de pacientes estudiadas, el 46,6% presentó alteraciones en el ciclo menstrual, cefalea el 16,6%, ganancia de peso 13,3%, náuseas 6,6%, cambios en el estado de ánimo 8,3% y disminución de la libido 3,3% (53).

Madden et al, 2012 mencionó que los efectos que provocaron el retiro del implante subdérmico fueron: hemorragia uterina anormal (56,7%), cefalea (6%), incremento de peso 15,3%, dismenorrea 5,3%, disminución de la libido 3,3%, mastalgia 1,3% (52).

Daniell et al, valoró la eliminación de este contraceptivo, reportando que el 53,2% fue a causa de sangrado irregular o frecuente, cefalea presentaron el 7,5% de mujeres, cambios del estado del ánimo e incremento de peso en un 4,3%; refirieron que presentaron otras alteraciones como disminución del libido, fatiga, mareos 13,8% (51).



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.1 CONCLUSIONES.

- El implante subdérmico, es un método anticonceptivo facilitado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, siendo utilizado como una herramienta que garantiza una adecuada y satisfactoria planificación familiar, sin embargo, a su vez presenta efectos adversos de algún tipo, en el 95% de los casos, según los resultados de nuestra investigación.
- Las características demográficas comprenden: la edad en un 40,5% que correspondió al grupo etario de 23 – 27 años, seguido por las usuarias de 18-22 años en 33,1%. Estado civil: en un 46,3% que correspondió a las casadas, el 15,7% a las solteras. Instrucción: el 53,7% tuvo educación secundaria, y el 25,6% tenía instrucción superior. Residencia: el 78,5% de usuarias vivían en la zona urbana, además cabe señalar que el Centro de Salud, se encuentra dentro de la urbe. Ocupación: el 44,6% estaba constituido por las amas de casa y en un porcentaje importante por estudiantes en el 18,2%.
- Las pacientes primíparas fueron las que mayormente usaban el implante subdérmico que correspondió al 54,5 %, y las multíparas en el 43,0%. Además, podemos decir que el 60,3% de las usuarias que integraron la investigación usó algún otro método anticonceptivo previo al implante. El 61,16% del total de las usuarias llevaba más de 12 meses usando el implante subdérmico.
- De acuerdo al tiempo de aparición de los efectos adversos se pudo evidenciar que en el primer trimestre las usuarias experimentaron los síntomas y signos 29,8%, el 18,2% experimentó los efectos adversos al segundo trimestre, y el 16,5% al año.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- El principal efecto adverso tras la colocación del implante subdérmico fue la alteración del sangrado menstrual, que se presentó en 60,3% de las usuarias, cefalea/migraña presentó el 31,4%, acné el 20,7% de las usuarias, aumento de peso el 34,7%, trastorno del ánimo el 28,9%, y el 14,9% manifestó dismenorrea y el mismo porcentaje sintió mastalgia. Además, los efectos adversos que en menor porcentaje se encontró fueron la náusea-vómito y disminución del libido en un 9,1%, así como la disminución del apetito en un 0,8%.



7.2 RECOMENDACIONES.

Profundizar el estudio sobre los cambios específicos en el patrón menstrual debido que este es el efecto adverso más común.

Efectuar en las unidades de salud un registro de fácil acceso de las mujeres que se inserten el implante subdérmico, con su identidad, dirección y números telefónicos convencionales exactos.

Llenar los formularios de las reacciones adversas del implante subdérmico que están adjuntos en las historias clínicas.

Motivar a chequeos rutinario a las pacientes que usan este contraceptivo, para mejorar la identificación de los efectos adversos que presenten.

Educar y concientizar a las usuarias que el implante subdérmico no es inocuo y que presentaran efectos adversos usualmente, pero dichas reacciones son tratables.



CAPITULO VIII

8. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Williamson N, Blum R. Maternidad en la niñez - Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Matern en la Niñez [Internet]. 2013; 1:132. [citado 8 de octubre de 2016] Available from: www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf
2. - Instituto Nacional de Estadística y Censos. Características de las madres en el Ecuador. Ecuador: INEC. [Internet]. [cited 2016 Oct 10]. Available from: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es
3. - Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Estrategia Nacional Intersectorial de Articulación para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos. 2014: 1-69
http://www.desarrollosocial.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_eniap.pdf
- 4.- Mejía J, Matute A, Argudo F. Prevalencia de anticoncepción y factores asociados a su uso en pacientes de consulta externa del hospital “San Sebastian”. Sigsig, 2012. Rev Fac Cien Med Univ Cuenca. 15 de octubre 2013 [cited 2017 Feb 20]. Volumen 31(3):50–5. Disponible: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/63-213-1-PB.pdf>
- 5.- Salud y derechos sexuales y reproductivos: la clave para alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Fdcion Intl de Planificación de la Familia [Internet]. Febrero 2015 [cited 2017 Feb 16];1–48. Available from: http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_2020_gender_2015_spa_web.pdf



- 6.- Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2015. ONU [Internet]. 2015[Citado 20 Feb 2017]: 1-72. Available from: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi72PyZ9LjRAhXE2SYKHXPzA54QFggZMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fes%2Fmillenniumgoals%2Fpdf%2F2015%2Fmdg-report-2015_spanish.pdf&usg=AFQjCNHtk6G_x-hF2vpwLELzhMAMfjRPcg&sig2=MV1U5oWR43N0PHejkt3SuA&bvm=bv.143423383,d.eWE&cad=rja.
- 7.- Manzur J, Fernández C, Diosque G, Ferro C. Métodos anticonceptivos, guía práctica para profesionales de la salud. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción [Internet]. 2012 [cited 2016 Sep 24]; vol 1: 1-293 p. Available from: <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>
- 8.- Martín J, Trillo C, Ma F, Luque A, Julia B, Garcia J, Jesús M, Llamazares J, Montoro SG. Anticoncepción y salud sexual. Sociedad andaluza de medicina familiar y comunitaria[Internet]; citado 24 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTSRM/2014002.pdf>
- 9.- Pérez E, Martínez F, Coll C, Ramírez I, Gómez M, Lete I, García E, Quesada M. Anticoncepción Hormonal. Sociedad española de Contracepción [Internet]. 2014[cited 2017 Feb 16];1-97. Available from: http://sec.es/descargas/AH_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada.pdf
- 10.- Leal I, Molina T, González C, Macintyre A. Trabajos Originales. REV CHIL Obs GINECOL [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 16]; 81(6):489-95. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v81n6/art06.pdf>
- 11.- Calixto D, Ospina J, Manrique F. Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción de Tunja - Boyacá, Colombia. Rev Univ. salud. 2015; 17(2): 224 - 232. [citado 24 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n2/v17n2a08.pdf>



12. - OMS | El embarazo en la adolescencia [Internet]. WHO. 2014 [citado 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

1.

13.- Blázquez M. Embarazo Adolescente. Rev Electrónica Med Salud y Soc [Internet]. 2012 [citado 10 enero 2017]; vol 1: 3-31. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf

14.- Planned Parenthood Federation of America. Historia de los métodos anticonceptivos. Publicado por la Biblioteca Katharine Dexter McCormick[Internet]. 2012[citado el 10 de enero de 2017]; vol. 2:1-19. Disponible en: https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf

15.-Winner B, Peipert J, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth J, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. N Engl J Med. 2012 May 23;366(21):pp 1998–2007. [Internet]. [citado el 10 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1110855>

16.-OMS. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar [Internet]. 2015 [citado 22 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheet>

17.- Batancourt A , Toaquiza Y. Frecuencia de los efectos colaterales de los implantes subdérmicos en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital Cantonal Guamate- Centro de Salud Guano [Tesis]. Quito. Universidad Central Del Ecuador; 2012. Disponible: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4353/1/T-UCE-0006-83.pdf>

18.- Herrera S, Guachamin V. Eficacia y efectos adversos de los implantes subdérmicos, como método de planificación familiar, en pacientes que acuden al centro de salud n° 4 de la ciudad de Quito, en el período enero a diciembre del dos mil once. [Internet]. QUITO: Universidad Central Del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Obstetricia. 2012 [cited 2016 Aug 24]. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2158/1/T-UCE-0006-58.pdf>



- 19.- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. Minist salud Chile. 2016[cited 2017 Aug 20];1:1–69. Disponible: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>
- 20.- Lance P, García J, Vázquez D PC. planificación familiar: información general y seguimiento de anticonceptivos orales. Guía Actuación Clínica en A P [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 20]; 1–31. Available from: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap029planfam.pdf>
- 21.- Orellana A, Diezma J, Lasheras L, Pires A, Martínez M,, Sillero M. los métodos anticonceptivos. Salud Madrid [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 20]; 1–29. Available from: http://ies.rosachacel.colmenarviejo.educa.madrid.org/documentos/AMPA/Metodos_Anticonceptivos.pdf
- 22.- La selección del método Los anticonceptivos. Col Am Obs y Ginecólogos [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 20];1–16. Available from: <https://www.acog.org/-/media/Patient-Education-Pamphlets---Spanish/sb020.pdf?dmc=1&ts=20170220T2028191257>.
- 23.- Díaz J, Rieppi L, Chinaglia M. Manual de orientación anticonceptiva métodos temporales y permanentes. Guías en salud sexual Y Reproducción [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 16];1–176. Available from: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2013/12/2013-Manual-Anticoncepción-Reversible-e-Irreversible.pdf>
- 24.- Encarna P, Baixauli V. Anticonceptivos orales. 2014 Oct [cited 2016 Sep 27];Vol. 23(9). Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-anticonceptivos-orales-13067349>
- 25.- Navarro J, Fernández C, Luque A, García J, Llamazares J, Montor S. Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria. Merck Sharp & Dohme de España. 2014 [citado 19 sep 2017]; Vol. 1: 1-177 Disponible: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTSRM/2014002.pdf>
- 26.- Gamboa C, Gutiérrez M. Métodos anticonceptivos glosario, antecedentes, marco jurídico, políticas públicas y recomendaciones internacionales (Primera Parte). Comisión bicameral del sistema de bibliotecas [Internet]. 2015 [cited 2017



Feb 17]; Vol. 1:1–106. Available from:
<http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-71-15.pdf>

27.- Mejía M. Complicaciones al uso de implante subdérmico con etonogestrel en usuarias adscritas al programa de planificación familiar en el C.S.R.D San Pedro Tenayac en los años 2011-2013 [internet]. [Toluca, Estado de México]: universidad autónoma del Estado de México; 2014 [cited 2016 Dec 29]. Available from:

<https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14880/Tesis.417826.pdf?sequence=1>

28.-

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12455/1/tesis%20de%20biblioteca%20jorge%20lenin.pdf>

29.- Aponte R. Características socio-reproductivas de las usuarias del implante subdérmico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. 2015 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [cited 2016 Dec 29]. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4999>

30.- <http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1642/1/im081m.pdf>

31.- <https://www.dovepress.com/contraceptive-implants-current-perspectives-peer-reviewed-fulltext-article-OAJC>.

32.- Teunissen AM, Grimm B, Roumen FJ. Continuation rates of the subdermal contraceptive Implanon and associated influencing factors. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2014 Feb; 19(1):15-21. doi: 10.3109/13625187.2013.862231. Epub 2013 Dec 13. PubMed PMID: 24329119

33.- Lira J, Velázquez N, Ibargüengoitia F, Montoya J, Castelazo E, Valerio E. Anticonceptivos de larga duración reversible: una estrategia eficaz para la reducción de los embarazos no planeados. Ginecol Obstet Mex 2013. Volumen 81(9):530–40.

34.- Lori M. Dickerson, Vanessa A. Diaz, Jordan J, Davis E, Svetlana C, Goddard A. J, et al. Satisfaction, Early Removal, and Side Effects Associated With Long- Acting Reversible Contraception. Pubmed [revista en Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 12] ; 45 (10):701-707. Available from:
<https://www.stfm.org/fmhub/fm2013/November/Lori701.pdf>



35.-

http://sec.es/descargas/PS_ANTICONCEPCION_SOLO_GESTAGENOS.pdf

36.- Consejería de salud y bienestar social. Implantes hormonales subdérmicos [Internet]. Implantes hormonales subdérmicos. 2013 [cited 2016 Sep 26]. Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadesevilla/portalevilla/images/docu/gestionsanitaria/areaasistencial/continuidadasistencial/docu/guiasdeactuacioncompartidas/distritosevilla/PROTOCOLO%20IMPLANTES%20ACTUALIZADO%20v.4.pdf>

37.- Craviota Galindo, Ma. Del Carmen. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Salud pública de Mex [revista en Internet]. 2016 Feb [cited 2017 Feb 12]; 58 (1):89-91. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000100016

38.- OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Quinta edición 2015. Ginebra; 2015 [cited 2017 Feb 12]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44710/1/9789243563886_spa.pdf

39.- García F. R, Malanco H. L, Lara R. R, García H. A, Anticoncepción y lactancia espaciado de los embarazos conceptos actuales. Ginecol Obstet Mex [revista en Internet]. 2014[cited 2017 Feb 12];82:389-393. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom146e.pdf>

40.- Montenegro E, Lara R, Velázquez N. Implantes anticonceptivos. In: 2005 abril 1 [Internet]. 2005 [cited 2016 Sep 26]. p. 31–43. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2005/ip051e.pdf>

41.- Schneidewind H. Efectos adversos del uso de Implante subdérmico percibidos por mujeres en edad reproductiva de 14 a 24 años atendidas en el centro de salud No18 de Barrio Constitución [Internet]. [Argentina]: Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Medicina Pasantía Periurbana Barrio Constitución; 2016 [cited 2016 Sep 24]. Available from: [file:///C:/Users/Hp/Downloads/561821610.Trabajo%20de%20investigaci%C3%B3n%20-%20Efectos%20adversos%20implante%20subd%C3%A9rmico%20-%20Schneidewind%20Herbert%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Hp/Downloads/561821610.Trabajo%20de%20investigaci%C3%B3n%20-%20Efectos%20adversos%20implante%20subd%C3%A9rmico%20-%20Schneidewind%20Herbert%20(2).pdf)



42.- García E, López V, Vega G, Medinas G, Ramírez A, Uriarte S. Frecuencia de efectos adversos en usuarias de implante subdérmico. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 11]; 19(1):21–4. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim111e.pdf>

43.- Torres D. Implante subdermico en pacientes del subcentro de salud Sardinas de Jondachi en el periodo de noviembre del 2013 a junio del 2014 [Internet]. [Ecuador]: Universidad autonoma regional de los Andes; 2014 [cited 2016 Sep 24]. Available from: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/490/1/TUAMED031-2015.pdf>

44.- Alvear M, Inca M. prevalencia de efectos adversos de los implantes contraceptivos subdérmicos en adolescentes y adultas en el hospital gineco obstétrico Isidro Ayora de Quito. 2012 [Internet]. [Quito]: Hospital gineco obstétrico Isidro Ayora de Quito; 2012 [cited 2016 Sep 24]. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1080/1/T-UCE-0006-37.pdf>

45.- Giurgiovich, A, Berner E, Arellano J, Holgado M, Potito J. “Resultados luego de la utilización en 36 meses del implante subdérmico de etonorgestrel de 68 mg en adolescentes puérperas de 15 a 19 años” [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 1]. Available from: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2015/12/Resultados-luego-de-la-utilizaci%C3%B3n-en-36-meses-del-implante-subd%C3%A9rmico-de-etonorgestrel-de-68-mg-en-adolescentes-pu%C3%A9rperas-de-.pdf>

46.- A clinical evaluation of bleeding patterns, adverse effects, and satisfaction with the subdermal etonogestrel implant among postpartum and non-postpartum users

47. - Boozalis A, Tutlam NT, Chrisman C, Peipert JF. Sexual Desire and Hormonal Contraception. Obstet Gynecol. Marzo de 2016; 127(3):563–72.

48. -

A STUDY OF EFFICACY AND SAFETY PROFILE WITH SUB DERMAL SINGLE ROD CONTRACEPTIVE IMPLANT IMPLANON

49.- <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n1/a4841.pdf>



50.- http://file.scrip.org/pdf/OJOG_2015052520313525.pdf

51.- Danielle S, Teya Casner, Gina M. Secura, Jeffrey F. Peipert, Tessa Madden
Obstet Gynecol. Autor manuscrito; disponible en PMC 2014 Dic 1.

Publicado en forma editada final como: Obstet Gynecol. 2013 Dec; 122 (6): 1214-1221. doi: 10.1097 / 01.AOG.0000435452.86108.59

52.- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711380/#>

53.-

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/4544/2/06%20ENF%20640%20ARTICULO%20PERIODISTICO.pdf>

CAPITULO IX

9. ANEXOS.

9.1 ANEXO 1.

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS USUARIAS DEL IMPLANTE SUBDERMICO

- DATOS PERSONALES:

1. **Edad** (.....)

Marque con una x la respuesta adecuada

2. **Estado Civil:** Soltera (....) Casada (....) Divorciada... Unión libre...
Viuda...

3. **Residencia:** Urbana... Rural...

4. **Ocupación:** Estudiante... Ama de casa... Profesión activa... Otros...

5. **Instrucción:** Primaria... Secundaria... Superior...



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

1. **Paridad Previa:** Nulípara... Primípara... Multípara...
2. **¿Uso otro método anticonceptivo previo?** SI... NO...
3. **Tiempo de uso del método anticonceptivo implante subdérmico:** 0-3 meses... 4-6 meses... 7-9 meses... 10-12 meses... mayor a 12 meses...

- EFECTOS ADVERSOS

1. **¿Presento algún efecto adverso (complicación, molestia) desde la colocación del implante subdérmico?** SI... NO
2. **Complicaciones en el sitio de colocación del implante (puede seleccionar más de una opción):**
Infección... dolor.... Prurito... Equimosis... ninguno...
3. **Tiempo de aparición de los efectos adversos tras la colocación:** Inmediato... Primer trimestre... Segundo trimestre... Tercer trimestre... Un año... Dos años... Tres años... Cuatro años... Cinco años...

4. **Cual o cuales de los siguientes efectos adversos presentó/presenta (marque sí o no):**

Acné...	SI...	NO...
Alteración del patrón menstrual	SI...	NO...
Mastalgia	SI...	NO...
Cefalea o migraña	SI...	NO...
Nauseas/vomito	SI...	NO...
Aumento de peso	SI...	NO...
Disminución de la libido	SI...	NO...



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Trastornos del ánimo	SI...	NO...
Disminución del apetito	SI...	NO...
Otros	SI...	NO...

9.2 ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En la actualidad existe fácil acceso de las usuarias a los métodos anticonceptivos mediante los programas del Ministerio de Salud Pública en busca de una planificación familiar efectiva, para el bienestar de las mujeres, parejas, y familias. Entre ellos los implantes anticonceptivos subdérmicos, es importante conocer la percepción de las usuarias en cuanto a las condiciones en las que usan e identificar la presencia de efectos adversos.

Esta investigación está dirigida a conocer las principales características bajo las cuales usan el método, edad, uso previo de otros anticonceptivos, y la frecuencia de presencia de efectos adversos, a través de una encuesta de duración aproximada 10 min. La investigación no representa ningún riesgo para el participante del estudio, así mismo la participación en la investigación no es obligatoria, y además puede abandonar la investigación cuando así lo decida, por lo que su cooperación estará bajo su voluntad. los participantes de la investigación no deberán cancelar ningún monto económico, así como, tampoco recibirá un pago por participar en la misma.

La información que Ud. Brinde para la investigación será manejada con privacidad y confidencialidad, además se abordara información únicamente de interés para esta investigación.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Yo _____ con N° de Cedula, _____, habiendo sido informado de forma verbal y escrita, sobre el contexto de la investigación, sus objetivos, propósitos y la importancia de este estudio, consiento y autorizo se realice la encuesta y se utilice la información para la realización de la investigación **“CARACTERISTICAS DEL USO y PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS Del METODO ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO EN MUJERES DE EDAD FERTIL”**, en las usuarias que adquirieron este método en el 2015 – 2016.

Firma de la encuestada

Investigadores: Jonnathan Quilli – Edgar Yupangui

0989072750



9.3 ANEXO 3.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento del estudio.	Adolescencia Juventud Madurez	Número de años cumplidos en el que usa el método anticonceptivo	18-22 años 23-27 años 28-32 años 32-37 años
Estado Civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Unión libre Casada Soltera Divorciada	Estado civil en que las mujeres usan el implante	Unión libre Casada Soltera Divorciada Viuda
Zona de residencia	Lugar de una ciudad en la que se reside o se vive habitualmente	Geográfica.	Ubicación en mapa geográfico	Urbano Rural
Nivel de instrucción	Conjunto de enseñanzas impartidas a una persona	La persona puede ser estudiada o analfabeta	Nivel de instrucción al momento	Primaria Secundaria Superior



UNIVERSIDAD DE CUENCA

			del uso del método	Ninguna
Ocupación	Actividad en la que se desarrolla y a su vez genera ingresos económicos para la población	Puede ser empleada o desempleada	Ocupación de las mujeres que usan el implante subdermico	Estudiantes Amas de casa Comerciantes Profesión activa Otros
Paridad	Clasificación de una mujer según el número de hijos concebido	Mujeres en edad fértil	Paridad de las mujeres que usan el implante subdermico	Nulípara Primípara Multípara
Efectos adversos	Síntomas indeseables presentes	Los efectos que se presentan durante el periodo de uso de los implantes subdérmicos	Que síntomas presenta	Alteración del sangrado menstrual Aumento de peso Cefalea/migraña Mastalgia Acné Nausea Dolor, prurito equimosis,



UNIVERSIDAD DE CUENCA

				<p>infección del sitio de implante.</p> <p>Disminución del apetito</p> <p>Disminución de la libido</p> <p>Alteración del ánimo</p> <p>Otros</p>
<p>Tiempo de uso del implante subdérmico</p>	<p>Tiempo transcurrido desde la colocación del implante subdérmico hasta el momento de la encuesta.</p>	<p>Tiempo en meses</p>	<p>Tiempo de uso del implante subdérmico.</p>	<p>0-3 meses</p> <p>4-6 meses</p> <p>7-9 meses</p> <p>10-12 meses</p> <p>Mayor a 12 meses</p>
<p>Tiempo en que presenta efectos adversos</p>	<p>Periodo que transcurre desde el uso del método, hasta la aparición de los efectos</p>	<p>Los síntomas que presentan</p>	<p>Tempranos tardíos</p>	<p>Inmediato</p> <p>Primer trimestre</p> <p>Segundo trimestre</p> <p>Tercer trimestre</p> <p>Un año</p> <p>Dos años</p> <p>Tres años</p>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

				Cuatro años Cinco años
Métodos anticonceptivos Previos	Antecedentes del uso de métodos diferentes al implante su dérmico	Uso o no uso métodos previos	Uso o no uso	Si No